

**TECNICAS DE APLICACION DE LA TERAPIA DE LA DIGNIDAD DE
HARVEY CHOCHINOV**

TRABAJO DE FIN DE EXPERTO UNIVERSITARIO
VII EXPERTO UNIVERSITARIO EN BIOÉTICA
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, CURSO 2021-2022

Diego Sánchez de Mora Gálvez

El hombre es la medicina para otro hombre

(Proverbio africano)

OBJETIVO DEL TRABAJO

En Medicina es común conocer técnicas para aplicar tratamientos. Esto forma parte del conocimiento básico de cualquier médico. Sin embargo, en 2002, hace justo 20 años, el psiquiatra Harvey Chochinov, publica en JAMA una terapia desarrollada por él mismo que llama “terapia de la dignidad” (4), que produce un fuerte impacto en el mundo de los cuidados paliativos, donde tiene su origen, pero que puede ser trasladada a cualquier otra esfera de la medicina.

Como internista, con experiencia en Cuidados Paliativos, me he planteado el reflexionar sobre este nuevo instrumento terapéutico en el cuidado de pacientes al final de la vida (9). cuyo objetivo es elevar no sólo la dignidad en el trato al paciente, sino, lo que es más importante, la Dignidad PERCIBIDA por el paciente.

En este trabajo de Fin de Experto, se reflexiona sobre algunas técnicas utilizadas en la relación con el paciente, y se sitúan en el marco conceptual clásico de la Relación de Ayuda Rogeriana, estableciendo concordancias con la relación médico paciente de Harvey Chochinov, más específicas sobre la práctica médica, especialmente en Medicina Interna y Cuidados Paliativos.

Este trabajo tiene un componente eminentemente práctico, utilizado por el que suscribe en la docencia de la especialidad de Medicina Interna, de la que es tutor en el Hospital Universitario de Ceuta. El objetivo no es otro de proponer a los médicos residentes una visión del paciente como alguien que debe ser tratado con dignidad, y se facilitan unas técnicas concretas para que el paciente se sienta tratado con la máxima dignidad.

EL MÉDICO COMO RECURSO RELACIONAL

Los cuidados en Medicina Interna, y específicamente en Cuidados Paliativos se caracterizan por abarcar varias dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual (1). Por ello, es de carácter multidisciplinar y al mismo tiempo, cada uno de los profesionales que intervienen debe integrar en su relación con el paciente, estas dimensiones, si bien según la naturaleza específica de cada profesión, su relación estará más enfocada a un aspecto que otros. Por tanto, la dimensión espiritual es parte integral de los cuidados en Medicina Interna, aunque debe ser atendida por todos los profesionales sanitarios que se relacionen con el paciente de cuidados paliativos.

En un metaanálisis realizado por Holloway en 2011 (2) se indica que la espiritualidad tiene como fin la búsqueda de sentido, tanto a nivel de conocimiento (autocomprensión) como de emociones, con objeto de desbloquear espiritualmente al paciente, movilizándolo sus recursos internos y modificando su actitud ante la enfermedad. Sin embargo la dimensión espiritual incluye la esfera de las relaciones; relaciones consigo mismo (intrapersonal), con los demás (interpersonal) y con el Ser Absoluto (transpersonal) que nos trasciende. De estas relaciones, es la relación con el sanitario, la que proveerá la ayuda espiritual (3,4).

Por tanto, esta ayuda espiritual se da por otra persona (el sanitario) a través de la misma relación con el paciente. O sea, una adecuada relación con el sanitario tiene un efecto terapéutico sobre el paciente a través de la dimensión espiritual interpersonal. La cuestión sería conocer los elementos que debe tener esta relación para que sea verdaderamente terapéutica, o relación de ayuda. Esta relación se da en las tareas ordinarias de los sanitarios en contacto con el paciente, por lo que la relación con los sanitarios debe tener una serie de características que intentamos exponer a continuación (5). Esta relación de ayuda o counselling tiene una serie de herramientas que deben ser aprendidas por los profesionales (6).

En Sanidad, la contribución que ofrecen los profesionales suelen ser de recursos materiales o de conocimientos técnicos. Sin embargo, hay un tercer tipo de recursos: los recursos relacionales, en los que son los propios sanitarios los que se ofrecen como acompañantes en el proceso de su enfermedad. En resumen, todo tipo de terapia se realiza mediante la comunicación interpersonal. Por ejemplo: en la realización de una simple radiografía, independientemente del aparato que se use, se realiza gracias a la comunicación previa con el paciente. y el mismo acto de realizarla produce comunicación. De la misma forma, podríamos decir que la comunicación podría haber evitado esta Rx. Por ejemplo si el

medico hubiera indagado más sobre el tipo de dolor, hubiera llegado a la conclusión de que no era necesaria la RX.

En resumen, los dos primeros recursos que ofrecen los sanitarios, a nivel de conocimiento y de recurso material, son ajenos a sí mismos, mientras que en la relación de ayuda o counselling, es el propio sanitario el recurso. Por tanto., el ámbito del counselling es el de los recursos relacionales, menos reconocibles que los otros dos tipos de recursos.

El sanitario debe tratar al paciente de forma integral, independientemente de su profesión específica: médico, enfermero, psicólogo , trabajador social, etc. Así su actuación como profesional es verdaderamente humana y humanizadora. Además, la relación de ayuda para Carl Rogers y su discípulo Carkhuff (7). desde su psicología humanista, es una relación entre dos personas que no es unidireccional: del sanitario al paciente sino bidireccional, dado que el paciente produce una serie de transformaciones en el sanitario (8). Por tanto , en el counselling o relación de ayuda, no es más que un encuentro entre dos personas , produciendo este encuentro el desarrollo máximo de las posibilidades de ambas personas. . Es el encuentro de dos biografías que quieren desarrollar lo mejor de sí mismas en el encuentro , y que obviamente, pretende aumentar el nivel de salud del paciente. Así que no hay un sanitario que ayuda y un paciente que es ayudado, sino un encuentro entre dos personas que se relacionan y juntos construyen una realidad con menor sufrimiento y donde se supera la vulnerabilidad que no sólo el paciente sino que también el sanitario sufre. Este sanitario que presta ayuda al paciente tiene que ser consciente de las implicaciones de su estilo relacional, huyendo de un estilo de superioridad , o sea, un estilo directivo, sino más facilitador. Por otro lado, debe centrarse no sólo en la enfermedad, sino en la persona.

El objeto de este trabajo de reflexión es resumir las estrategias de un médico sea de atención primaria o especialista, puede asumir para tener una relación de ayuda no directiva (facilitadora) y centrada en la persona (y no tanto en la enfermedad).

En resumen, el sanitario bajo esta perspectiva de recurso relacional, se ofrece a sí mismo como terapia. Además de esto puede ofrecer otros recursos bien materiales o de conocimientos técnicos. Por ejemplo, el sanitario puede ofrecer al paciente:

-Recursos materiales: Por ejemplo, suministro de medicamentos.

-Recursos de conocimientos técnicos: Por ejemplo, información de cómo administrarse un medicamento (por ejemplo, insulina)

-Recurso relacional: Dialogar sobre el impacto en su vida administrarse la insulina

LA MEDICINA COMO RELACIÓN DE AYUDA

Si los cuidados en Medicina Interna son cuidados multidimensionales, unos cuidados paliativos de calidad deben ser de calidad técnica en cuento al tratamiento médico, pero también:

- de calidad psicológica, especialmente en sus aspectos de transmisión de información (cognitivo), esfera emocional, y esfera actitudinal.
- de calidad espiritual, en que el paciente es tratado como una persona y se siente valorada , o sea, con dignidad (9)
- de calidad desde el punto de vista social y en consonancia con la cultura del paciente
- de calidad ética, conjugando la Autonomía del paciente con los con los cuidados meramente biológicos, sin olvidar los aspectos de justicia social.

Entonces, el profesional sanitario en Cuidados Paliativos debe reunir esas competencias para ser un buen profesional sanitario:

- Competencia científico técnica
- Competencia psicológica y emocional
- Competencia espiritual
- Competencia social y cultural
- Competencia ética

Entonces, sólo podemos hablar de una competencia profesional si se consideran todas estas competencias además de la científico técnica.

Respecto a la competencia emocional, fue un best seller hace veinte años, la obra de Coleman “ Inteligencia emocional” (10) que se refería a este aspecto. En relación con la competencia emocional en medicina interna y en cuidados paliativos, es necesario integrar lo que Jung llama “ la propia sombra” según la cual, somos más competentes en relación con las personas que sufren cuanto más conozcamos y tengamos integrada nuestros límites, finitud y vulnerabilidad. De esta forma, nuestra propia debilidad se puede convertir en un recurso emocional en la relación con el paciente. Somos competentes a nivel emocional cuando conocemos nuestros sentimientos y somos capaces de integrarlos y que ellos no condicionen nuestra conducta.

La relación de ayuda según Rogers

El counselling o relación de ayuda surge de la psicología humanista de Carl Rogers y sus discípulos Carkhuff (7). Ellos consideran la relación de ayuda como “la relación entre una persona con más conocimiento o consejero a otra menos conocedora o aconsejada”, que debe ser no directiva sino facilitadora y centrada no tanto en los problemas del aconsejado sino en el impacto de esos problemas en la persona del aconsejado.

El modelo rogeriano (6) de la relación de ayuda se basa en el acompañamiento de quien tiene un problema, ayudándole a que él mismo lo identifique y realice un proceso personal, autónomo en el que descubra sus propios recursos para su abordaje. No es tanto ayudar al paciente sino que sería más bien “ayudar a ayudarse”.

La hipótesis central consiste en afirmar que cada persona posee en sí misma amplios recursos para identificación de problemas, autocomprensión y modificación de actitudes (7). El acompañamiento es un proceso de identificación de capacidades bloqueadas y activarlas. No es tanto “abandonarlo a su propia autonomía” que sería el estilo democrático sino que el counsellor asume el compromiso de acompañarlo en su camino, apoyándolo para que él saque lo mejor de sí mismo.

Queda lejos pues la visión del profesional sanitario con competencia únicamente en procesos biológicos sino que debe acompañar al paciente en su vivencia de los mismos, ayudándole a identificar lo que estos suponen en su vida, autocomprenderse y desarrollar actitudes que permitan el desarrollo de la persona aún en la enfermedad (7).

Actitudes en la relación de ayuda

La relación de ayuda como destreza interpersonal privada del oyente es una técnica observable, evaluable y puede enseñarse y aprenderse. Por tanto, el conocimiento de dichas técnicas darán como fruto una mejor relación de ayuda al conocer y usar los diferentes instrumentos útiles en la relación de ayuda (6). Las técnicas de la relación de ayuda se basan en la aplicación práctica de los principios de la psicología humanista. Pero al mismo tiempo, estas aplicaciones prácticas han sido confrontarlas con la experiencia.

Como se trata de psicología humanista, los principios no son principios teóricos sino que tienen que estar presentes en el ayudante.

¿Cuáles son estos principios de la psicología humanista que tienen que estar presentes en el ayudante?

Rogers sostiene que estudios con diversos tipos de personas muestran que el ayudante debe cumplir tres condiciones para que el ayudado comience a cambiar lográndose un buen resultado. Estas tres condiciones son (7):

- 1) Comprensión empática
- 2) Aceptación incondicional (de los sentimientos)
- 3) Autenticidad

Pero es fundamental que estas tres actitudes del terapeuta sea percibida en alguna medida por el ayudado. Solo así el ayudado iniciará un cambio “ doloroso, pero preciso”, y tanto él como su terapeuta consideran que ha alcanzado un resultado positivo.

O sea, los estudios de Rogers parecen indicar que “son estas actitudes y no tanto los conocimientos técnicos o la habilidad del terapeuta , los principales factores determinantes del cambio terapéutico”. La hipótesis de Rogers es que “ Si puedo crear un cierto tipo de relación , la otra persona descubrirá en si misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esta manera se producirá el cambio y el desarrollo individual” (7).

INSTRUMENTOS EN LA RELACION DE AYUDA

Habíamos afirmado que hay tres condiciones en el ayudante, que corresponden a otras tantas actitudes:

- 1) Comprensión empática
- 2) Aceptación incondicional de los sentimientos
- 3) Autenticidad

Pues, de una forma pedagógica podemos agrupar las técnicas en la relación de ayuda con las actitudes que subyacen a ellas. Dicho de otro modo, esas tres actitudes se van a concretar en tres grupos de técnicas (7).

- 1) Técnicas relacionadas con la escucha activa y la comprensión empática
- 2) Técnicas relacionadas con la aceptación Incondicional de los sentimientos
- 3) Técnicas relacionadas con la autenticidad

Los médicos que estamos en relación con pacientes crónicos, especialmente que precisan cuidados paliativos, estamos muy habituados en nuestra entrevista clínica a aplicar los apartados A, B, C y D de Chochinov (4,9,11) como forma de ser consciente de la necesidad de tratar los aspectos espirituales de la persona, y no solo desde una perspectiva biológica.

Para algunos autores, como Puchalski (12) , es necesaria una historia específica de los aspectos espirituales. Sin embargo, para otros profesionales, basta abordar sistemáticamente los apartados A, B, C y D de Chochinov como forma de ser consciente de la necesidad de tratar holísticamente a la persona. Así, durante la entrevista clínica los apartados de Chochinov se corresponden a los siguientes momentos :

Fase A de Chochinov

A corresponde a Atención. En la primera parte de la entrevista el médico debe ser consciente que debe demostrar Atención al paciente. NO es tan importante que el tenga atención sino que el propio paciente sea consciente del interés del médico. O sea, la medida es el paciente y no el médico.

Fase B de Chochinov

B viene del verbo ser en inglés “Be receptive”. Así que en esta fase , el médico no sólo presta atención (fase A) sino que es receptivo. De nuevo, lo importante no es que el médico sea receptivo sino que el paciente perciba la receptividad del médico a lo que le manifiesta.

Fase C de Chochinov

C viene del inglés “Compassion”. Pero no significa lo mismo que en castellano, sino que tiene más bien relación con su raíz latina de “Padecer” “con” o sea, que el médico es consciente de los padecimientos del paciente. Pero estos padecimientos no sólo son biológicos , sino que corresponden a las diferentes dimensiones de la persona, entre las que destaca la dimensión emocional.

O sea, esta fase C podría ser traducida al español como Comprender en el sentido de una comprensión holística de los sufrimientos del paciente. En esta tercera etapa, el médico no sólo presta atención (Fase A) y está receptivo a lo que le comunica el paciente (Fase B), sino que comprende (Fase C) holísticamente los sufrimientos del paciente.

Fase D de Chochinov

D corresponde a la inicial de la palabra Diálogo. Es la cuarta fase, en la que el médico adquiere un papel más activo. En esta fase se puede dialogar sobre algunos aspectos que no hayan quedado claros de la fase C. es posible que haya que clarificar algún aspecto del sufrimiento que tiene el paciente. Porque sin clarificar los sentimientos no puede el médico proponer un plan de tratamiento. En la Fase C el médico percibe el sufrimiento del paciente causado por el problema biológico y en la fase D el médico y el paciente dialogan bien sobre el fin de la intervención o sobre los medios, o sea, el tratamiento o plan de acción. Entonces, esta fase D de diálogo es la fase final de la entrevista.

FASES DE CHOCHINOV Y TÉCNICAS DE RELACION DE AYUDA

Existe un paralelismo entre las fases A, B, C y D de Chochinov (11) con las técnicas de la relación de ayuda (6, 7), que eran:

- 1) Técnicas relacionadas con la comprensión empática
- 2) Técnicas relacionadas con la aceptación Incondicional
- 3) Técnicas relacionadas con un diálogo con autenticidad

A estas técnicas podemos añadir unas técnicas iniciales para que el ayudante sea consciente de que debe tener una actitud empática, antes de la entrevista. De esta forma tendríamos cuatro tipos de técnicas y cuatro fases de Chochinov de la entrevista clínica.

Por lo tanto, combinando ambas clasificaciones podemos establecer un tipo de técnica para cada una de las fases de la entrevista según Chochinov. La combinación sería:

- 1) Fase A de Chochinov : Técnicas que fomentan la actitud empática
- 2) Fase B de Chochinov : Técnicas relacionadas con la comprensión empática
- 3) Fase C de Chochinov : Técnicas relacionadas con la aceptación Incondicional
- 4) Fase D de Chochinov : Técnicas relacionadas con la autenticidad

FASE A DE CHOCHINOV:TECNICAS QUE FOMENTAN LA ACTITUD EMPATICA

Como se ha mencionado anteriormente, la Fase A de Chochinov es la fase inicial de la entrevista clínica. En esta fase el ayudante, debe ser consciente de la actitud interna hacia el ayudado que debe percibir el interés del ayudante. Sobre esta percepción del ayudado de la Atención del ayudante, se basarán las otras fases de la entrevista clínica.

Volviendo a la psicología humanista, para Rogers (6), el primer factor terapéutico son los propios recursos de ayudado (por eso son éstos los recursos que pretendemos que él descubra) y no los del ayudante. De la misma forma que Chochinov (11), el acento está en el ayudado y no en el ayudante. Pero el paralelismo no para ahí, sino que para Rogers, pero el segundo factor no son los conocimientos del ayudante (saber) o sus técnicas (saber hacer) sino sus actitudes . Sobre estas actitudes , el terapeuta desarrollará sus técnicas. O sea, tanto Rogers como Chochinov establecen la prioridad de la actitud del ayudante.

Una vez, establecido esto, ¿ existen técnicas que a su vez aumenten la actitud de Atención? Para Rogers, esta actitud inicial de Atención corresponde a la llamada Actitud

Empática del ayudante. Pero asimismo , hay técnicas para aumentar esa actitud empática inicial.

Actitud Empática inicial

La empatía es la capacidad de sentir lo que el otro siente y comunicárselo. No basta el sentir lo mismo que la otra persona (esto sería simpatía), sino que la empatía es unidireccional, aunque posteriormente puede hacerse reciproca (13). El ayudante se coloca en actitud empática, actitud de comprender la realidad de la otra persona (realidad biológica, intelectual, biológica, social, espiritual,etc) para después , en fases posteriores de la entrevista, salir de ella y comunicárselo de una forma adaptada a la realidad del ayudado. Eso es muy importante , dado que nuestra comunicación tiene que adaptarse a la realidad que hemos percibido, de forma que el paciente pueda entender lo que hemos percibido. O sea, pueda “entenderSE” dado que lo que le comunicamos es precisamente lo que hemos percibido de sí mismo. Por eso es fundamental iniciar la entrevista con una actitud empática (14). Dicho de otra forma, la primera fase de la entrevista la describe bien el dicho de los nativos norteamericanos de que para conocer a una persona hay que caminar unas millas “con sus mocasines”. Eso sería actitud empática. En la fase posterior, la segunda fase , y después en la tercera fase, se pasa a comunicar al paciente lo que hemos percibido, dándole valor, que es lo que llamaremos “validar”.

Entonces, podemos afirmar que el sanitario, antes de comenzar la entrevista es conveniente “afilarse nuestras herramientas” que pueden hacer la comunicación más efectiva. Las técnicas necesarias para la primera parte de la entrevista, son las técnicas para una actitud empática que son fundamentales para la escucha activa . En esta primera parte, se pormenorizan algunas técnicas.

FASE A DE CHOCHINOV: RELACIÓN DE TÉCNICAS QUE FOMENTAN LA ACTITUD EMPÁTICA

A1.- Mientras caminamos a donde está el paciente vamos siendo conscientes que nosotros mismos somos parte del tratamiento.

Antes de encontrarnos con un paciente, debemos parar unos segundos para ser conscientes que somos un recurso relacional. No vamos a proveer al paciente de recursos materiales (tratamientos) , ni recursos de conocimientos técnicos (nuestra ciencia) sino que sobre todo vamos a ser nosotros el tratamiento. “ Entrar en una habitación de un paciente con la intención de dedicar un poco de tiempo para escucharle puede ser un acto terapéutico cien veces más eficaz que un tratamiento intravenoso” (15).

A2.- Detenerse unos segundos en la puerta antes del encuentro con el paciente.

Estos segundos son muy importantes para la toma de conciencia de los propios sentimientos antes del encuentro con la otra persona. Hay que evaluar el estado interior. Así, por ejemplo no es lo mismo atender al primer paciente en la mañana que al final del día. Tampoco es lo mismo si el paciente anterior nos ha producido un gran impacto afectivo. En resumen, hay que “chequearse” a uno mismo, especialmente los aspectos emocionales, para ser consciente de la presencia de interferencias afectivas en nuestro interior.

A3.- Repasar la historia clínica antes del encuentro con el paciente

Podemos tener la mejor disposición a emplear nuestro tiempo con el paciente y ser conscientes de nuestro estado interior, pero no basta para preparar la entrevista.

Hay que reflexionar previamente sobre la persona que vamos a encontrar. Hay que repasar, , al menos mentalmente, su historia clínica, para poder así adentrarnos en la nueva realidad de este nuevo paciente. Toda nuestra atención se centrará en esta persona.

A4.- Elección del lugar de encuentro

En caso de ser posible hay que facilitar el escenario más idóneo. Lo ideal es un lugar tranquilo, con un ambiente informal y, sobre todo, con privacidad. Es evidente que la arquitectura de un lugar, su decoración , su luz, los colores de las paredes, el ruido ambiente, incluso los olores olores, influyen en la comunicación.

A5.- Sentarse

El hecho de sentarse indica la disponibilidad de escuchar. Es conocido el viejo aforismo que el elemento más importante de la historia clínica es la silla. Hay muchos estudios que demuestran que el hecho de sentarse aumenta la comunicación.

En caso de una visita domiciliaria, en que el paciente está en cama, es importante intentar incorporarlo, de forma que los ojos del sanitario y del pacientes estén a la misma altura si es posible. Es importante recordar que una altura de los ojos similar es señal de cooperación.

A6.- Demostrar con sencillos gestos una actitud de disponibilidad exclusiva.

No sólo es importante la disponibilidad interior, sino que hay que demostrarla con gestos concretos de forma que el paciente perciba que él va a tener toda nuestra atención. Gestos como llevarse las manos al móvil para silenciarlo (aunque ya esté en silencio) o verificar que la puerta esté cerrada (incluso con pestillo, si fuera posible), antes de iniciar la conversación, son señales que se envían al paciente de que “tiene toda nuestra atención”.

A7.- Mantener una distancia adecuada

Según los factores culturales y la intensidad de la relación. Se estima que la distancia social es de dos metros, mientras que la distancia de encuentro personal es de un metro, con un mínimo de 40 cm. La distancia entre las personas, su proximidad física, indica proximidad en la relación. Sin embargo, la reciente pandemia de Covid, ha aumentado estas distancias, limitándose el contacto físico.

FASE B DE CHOCHINOV: TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA

La fase B viene del verbo ser en inglés “Be receptive”. Así que en esta fase, el médico no sólo presta atención (fase A) sino que es (Be) receptivo. De nuevo, lo importante no es que el médico sea receptivo sino que el paciente perciba la receptividad del médico a lo que le manifiesta.

En la llamada escucha activa el ayudante no sólo es receptivo sino que mediante pequeñas intervenciones, muy cortas, demuestra su comprensión de lo que le va comunicando el paciente. Estas intervenciones sirven para dar valor a lo que comunica el ayudado, por lo que llaman “validaciones” y el verbo es “validar”.

Esta fase de escucha activa comienza incluso antes de que el paciente hable. Para que haya una escucha es necesario que el receptor del mensaje (el ayudante) no esté recibiendo otros mensajes a la vez, de forma que le deje todo el espacio libre mental posible. El concepto de espacio libre mental es muy importante para poder realizar una correcta escucha activa (7). Si midiéramos la información en palabras, el número de palabras que podríamos asimilar sería 10 palabras por segundo, o sea 600 palabras a la hora. Consideramos que como mucho podemos emitir dos palabras por segundo, o sea, 120 a la hora. Por tanto, es cinco veces más abundante la información no verbal que la verbalizada. Por eso, aún al escuchar a lo que dice una persona, solo verbalizado es solo una fracción de la información que está emitiendo. El resto, los cuatro quintos restantes, es información no verbal. Pero además, esta información no verbal, suele ser de carácter no consciente, que nos proporciona una valiosísima información de su mundo emocional. Ya el psicoanálisis se encargó de demostrar mediante la imagen del iceberg, cómo el mundo consciente (información verbalizada) es mucho menos importante que el mundo no consciente (información no verbal).

En resumen, en esta fase de escucha activa, hay tres tipos de técnicas:

- Técnicas aplicadas sobre el ayudante para aumentar la escucha activa
- Técnicas de atención sobre el ayudado.
- Técnicas de validación de la información transmitida por el ayudado

RELACION DE TECNICAS DE ESCUCHA ACTIVA (I)

TECNICAS A APLICAR SOBRE EL AYUDANTE

B1.- Apagar simbólicamente “nuestra radio interior” (aumentar nuestro tiempo libre mental) para ser más receptivo a la situación del paciente

Como se ha referido anteriormente, es imprescindible utilizar el tiempo libre mental en captar la mayor información posible, que hemos dicho que es cinco veces las 120 palabras por minuto con las que puede estar comunicándose con nosotros. Esto significa que podemos recibir mucha más información (especialmente la información no verbal) si aumentamos en lo posible este tiempo libre mental, apagando simbólicamente nuestra “radio interior” interior que nos impide captar la información que nos está transmitiendo el ayudado. Este tiempo libre mental podría estar ocupado por:

- Cansancio de la jornada
- Preocupaciones personales
- Anticipación de lo que tenemos que hacer después de atender al paciente
- Prejuicios sobre el paciente
- Surgimiento espontáneo de respuestas hechas
- Surgimiento espontáneo de sentimientos
- Etc

Según la filósofa Edith Stein (16) lo que define al hombre es la necesidad de transmitir a otro hombre su ser profundo, su espíritu, a través de la FISICA, física de las ondas sonoras, o de la física de unos trazos de tinta, o unos raspaduras en la piedra, etc. Pregunta la autora si es posible que exista algún ser que pueda comunicarse con otros sin esta medicación física y responde que teóricamente sí pero este ser no sería un ser humano. De ahí la necesidad de aumentar el espacio libre mental para acoger al otro. Como ilustración de la trascendencia de la comunicación del espíritu a través de la biología que nos ocupa podemos citar como ejemplo su conversión al cristianismo desde el judaísmo de Edith Stein. Su razonamiento es precisamente ese: si solo el espíritu se transmite a través de la biología, el Espíritu (del Dios judío) se transmite plenamente en la Biología (Jesucristo).

En esencia, en la información verbal y no verbal se transmite la esencia de la persona, por lo que tenemos que aumentar el tiempo libre mental. Así podremos acoger la información

verbal y no verbal que nos transmite el paciente. Siguiendo con la misma autora cristiana de temas filosóficos, en la comunicación se trasmite la espiritualidad de la persona sólo si el receptor tiene una total anulación de sí mismo, de forma que no sólo esté entre paréntesis como afirma Rogers (7) sino que llegue al “no ser” para que el ayudado se exprese totalmente, hablando de “muerte blanca” del ayudante, que desaparece para dar vida al ayudado. Edith Stein, aplica este concepto de la comunicación en su explicación de la relación entre las personas trinitarias (17) , pero eso excede el objeto de este trabajo.

En resumen, para acoger a la persona del ayudado en su totalidad, debemos anularnos a nosotros mismos, apagando simbólicamente nuestra ‘radio interior” y estando con los cinco sentidos centrados en el paciente.

B2.- Adoptar una mirada que invite a la apertura

Es muy importante, además de la distancia, el mirar a los ojos, pero no fijamente, con una inclinación ligera de cabeza si el paciente está más baja o está acostado en la cama.

B3.- Cuidar el mensaje que damos con nuestro lenguaje no verbal

Hemos indicado que el lenguaje no verbal tiene mucho más impacto que el lenguaje verbal. Pero de la misma forma, que tenemos que estar atentos al lenguaje no verbal del paciente, tenemos que cuidar nuestro lenguaje no verbal, que puede estar diciendo lo contrario de la actitud de apertura que queremos transmitir. Así hay que prestar atención a nuestros gestos:

- Postura de brazos abiertos, indican una disponibilidad a la relación.
- Gestos con las manos de que continúe la conversación
- Asentimiento de lo que nos dice con inclinaciones de cabeza
- Etc

Estos gestos son especialmente importantes cuando el paciente está expresando aspectos íntimos y deben manifestar nuestra acogida en la comunicación.

B4.- Valorar la necesidad de contacto físico

La necesidad de contacto físico de los pacientes es pasada por alto muchas veces. Por ejemplo, no es infrecuente que pacientes pidan que se les tome la tensión para sentir contacto físico del sanitario. El contacto físico puede buscarse de una forma natural en el saludo inicial. La calidad del contacto físico en ese saludo puede condicionar la entrevista clínica. Esto lógicamente se ha modificado con la pandemia Covid. Además, fuera del saludo inicial, es muy delicado este aspecto, dado que depende de la relación previa con el paciente y de su estado anímico actual. Puede reservarse a tomar la mano en momentos de impacto emocional pero es muy importante percibir si el paciente acepta el contacto físico o no. Si lo acepta, puede ser un refuerzo de la relación.

B5.- Esforzarse para permanecer callado conteniendo la impaciencia o la impulsividad

Con los pacientes que se nos comunican con mucha carga afectiva (tristeza, ira, desesperación, etc) hay que hacer verdadera violencia para no intervenir. A algunos les vence la impaciencia o la impulsividad y lleva a no permitir que el otro se exprese y termine las frases a su ritmo.

La fase de poder hablar es la fase D de Chochinov, al final. En esta fase, como ahora se detallará, únicamente podremos hacer algunas interjecciones de apoyo o reformulaciones breves que validen lo expresado por el paciente.

RELACION DE TECNICAS DE ESCUCHA ACTIVA (II)

TECNICAS DE ATENCIÓN SOBRE EL AYUDADO

B6.- Atender al contexto físico del ayudado

Es de gran información atender a los elementos contextuales que rodean al paciente, como por ejemplo:

- Dónde está el ayudado. En la cama o en un sillón.
- Qué postura tiene. Está incorporado o con la cabeza escondida en la almohada, como evitando el contacto con nosotros.
- Cómo va vestido. El vestido refleja la autodignidad. Un paciente que nos recibe con una corbata es diferente al que nos recibe en un pijama.
- El grado de higiene. Al igual que lo anterior, la higiene nos proporciona mucha información.
- Qué objetos tiene a su alcance. No es lo mismo tener un libro de historia que un

crucigrama o una "play station".

B7.- Observar el tipo de saludo con que nos recibe:

Además de las palabras con las que nos saluda, es necesario atender a su reacción en el primer contacto con el sanitario.

- Es importante la mirada del ayudado. Es distinto si mira a los ojos al saludarnos, o nos rehúye. En algunos casos, puede fingirse dormido o incluso volver la cabeza en la almohada mostrando rechazo.

- Su grado de inclinación de cabeza es muy importante . Si el paciente está cabizbajo puede indicar más pesimismo que si esté incorporado.

B8.- Observar el lenguaje no verbal

Hemos indicado que el lenguaje no verbal tiene mucho más impacto que el lenguaje verbal. Así que tenemos que estar atentos al lenguaje no verbal del paciente :

- Postura fetal en la cama indica necesidad de protección. Una postura de brazos abiertos, indican una disponibilidad a la relación.

- Diferentes gestos con las manos enfatizan un discurso lento o ansioso.

- Observar la forma de discurso: El grado de energía con que nos habla y el tono de voz.

Este lenguaje no verbal es especialmente importantes cuando el paciente está expresando aspectos íntimos

B9.- Valorar el silencio como acto comunicativo

Hay situaciones en que el ayudado interrumpe su conversación, y permanece en el silencio. Este silencio es también parte de la comunicación y hay que saber escuchar este silencio. Y es que escuchando el silencio puede revelar algunas claves de la situación del ayudado. Ese silencio nos puede transmitir varios aspectos. Estos son algunos tipos de silencio:

- El silencio como realce de lo que se acaba de decir

- El silencio ante aquello que no se atreve a decir.

- Silencio de duda
- Silencio de inseguridad
- Silencio de malestar
- Silencio de miedo.
- Etc

Además de valorar el silencio como acto comunicativo, el no interrumpir el silencio le da al ayudado espacio para expresarse, transmitiéndole la sensación de que no tenemos prisa, que que estamos ahí para escucharle.

RELACION DE TECNICAS DE ESCUCHA ACTIVA (III)

TECNICAS DE VALIDACION DE LO EXPRESADO POR EL AYUDADO

B10.- Usar monosílabos que inviten a continuar

La forma más simple de validación de lo que nos está transmitiendo el ayudado consiste en pequeñas interjecciones con monosílabos o pocas palabras. Por ejemplo:

- ¡Ah!
- ¡Vaya!
- Claro...
- Ya veo...
- Siga...
- Entonces...
- Me iba vd diciendo ...

Estas expresiones además de ser una forma de validación, pueden ser muy útiles cuando el paciente ha interrumpido su conversación y le incitan a seguir hablando .

B11 Validar lo expresado por el paciente con reformulaciones tipo “eco”

Es una forma más elaborada de reformulación en la que se valida devolviendo al paciente sus propias palabras dándole tono de haber comprendido y aceptado. Por ejemplo:

Paciente: “ y por culpa del dolor, ahora no puedo hacer la comida a mi familia”

Médico: “ ...la comida a su familia”

Es muy importante que no hagamos más que reformular lo que nos ha transmitido, sin adicionar nada más. Sería un error añadir frases como “ entiendo perfectamente lo que dices”, porque de lo que se trata es devolver al paciente su propia expresión como un espejo y no expresar nuestra opinión.

B12.- Usar reformulaciones tipo “resumen”, personalizando del problema.

Son las formas más elaboradas de reformulaciones del problema expresado por el paciente. El problema se personaliza de forma que el paciente comprenda que le hemos entendido a él como persona y huido de estereotipias o generalizaciones. Es útil dejar la reformulación abierta para que el paciente complete o corrija lo que considere oportuno. Lo importante es que el paciente vaya tomando conciencia del impacto del problema en su vida y que nosotros lo entendemos. En el ejemplo anterior la reformulación de ese tipo sería:

Médico: “ Entonces, resumiendo lo que me decía, me contaba vd que una de las consecuencias del dolor de espalda es que ya no puede hacer la comida a su familia, ¿ no?”.

Una variante de esta reformulación es el personalizar no solo el problema sino también su significado. O sea, las consecuencias del problema, pero sin entrar en los sentimientos que esto le genera, que pertenecería a la siguiente fase de Chochinov. En el ejemplo anterior sería algo así:

Médico: “ Entonces , han tenido vds que contratar a alguien para a que haga la comida, porque con el dolor de espalda ya no puede hacer la comida, ¿ he entendido bien?” Sería el resumen personalizando el significado.

Otro ejemplo: “Veo que para vd ese dolor le impide el jugar a la petanca que es su hobby preferido...”

En la siguiente fase de la entrevista , la fase C de Chochinov, se añade a la reformulación un marco afectivo en el que se ha personalizado no sólo el problema sino también su significado y los sentimientos personalizados que el problema causa en el paciente.

FASE C DE CHOCHINOV: TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA ACEPTACION INCONDICIONAL DE LOS SENTIMIENTOS

En esta fase , después de la reformulaciones tipo eco o de resumen en las que el paciente se ha sentido acogido en cuanto a su problema y se ha personalizado el sentido que el ayudado le ha dado, hay que dar un paso más y es validar las emociones que este problema le han suscitado.

Para Rogers (7), tras la comprensión del problema que se ha ido validando a medida que el ayudado lo ha ido expresando, se pasa a la comprender el sentido y las emociones que este problema suscita en el ayudado. Rogers llama a esta fase, fase de Aceptación Incondicional. pero es importante señalar que esta es una fase de Aceptación Incondicional de los sentimientos no de las ideas expresadas. O sea, ahora se vuelve a reformular pero en este caso se reformula enmarcando afectivamente el problema expresado. O sea, se personaliza el sentimiento y se le devuelve el problema personalizado y enmarcado afectivamente.

En resumen, en esta fase de aceptación de los sentimientos, dos aspectos a tener en cuenta:

- Necesidad de gestión de los sentimientos del ayudante para aceptar los sentimientos del ayudado
- Necesidad de validación de los sentimientos personalizados transmitidos por el ayudado

RELACION DE TÉCNICAS DE ACEPTACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS

C1.- Naturalidad ante el impacto emocional que produce en nosotros los sentimientos del ayudado

Todas las personas tienen miedo que el contacto con pacientes con mucho sufrimiento les afecte emocionalmente. Ante eso, no es infrecuente el adoptar una actitud de poca implicación personal, como mecanismo defensivo ante el posible impacto emocional.

Usamos máscaras de protección afectiva (y quizá efectiva) en la relación. Esto es tanto más frecuente cuanto mayor es el nivel profesional. Así, los médicos suelen mostrarse más distantes que los enfermeros y éstos que los auxiliares de enfermería. Hay miedo a mostrarse frágiles y de mostrar las heridas emocionales. Esto puede ocurrir cuando ha habido experiencias similares no resueltas, y se despierte esta herida.

En resumen, es frecuente tener miedo a ser dañado afectivamente por el impacto emocional que se produce al escuchar al paciente. Sin embargo, en vez de la utilización de máscaras de protección afectiva podemos limitarnos a validar el sentimiento que el paciente nos expresa. Por ejemplo:

“Me hago cargo de que tiene que ser muy duro ”

“ No sé lo que yo haría en una situación como la que vd cuenta”.

C2.- Personalizar el sentimiento del paciente, evitando las generalizaciones

Ante un impacto emocional producido por el ayudado hay que evitar el generalizar, dado que la superficialidad puede ser un mecanismo de defensa para no entrar en el mundo afectivo del ayudado. Así, ante un impacto afectivo por el sufrimiento de un paciente, se podría decir:

- “ Claro, ese tipo de cáncer suele producir lo que vd dice”

Esa respuesta puede ser un mecanismo de defensa de superficialidad ante el impacto emocional que nos produce el ayudado. Deja al ayudado totalmente solo ante su problema, al no personalizar su sufrimiento. La personalización se podría hacer así:

- “ Entiendo que para vd esta situación está siendo muy dolorosa”

Se ha personalizado el sufrimiento por lo que el ayudado se siente comprendido y aceptado.

C3.- Validar los sentimientos sin interpretarlos y menos aún juzgarlos.

Ante una descarga emotiva de un paciente suele ser inadecuado el interpretar los sentimientos a no ser que haya sido el propio paciente quien lo haya hecho. En ese caso no sería una interpretación sino una validación del sentido que el paciente le ha dado al problema. Así, ante una descarga afectiva de un paciente sería un error el responder:

“ Vd se siente ahora menos valorada por ser una carga para los otros ”

Menos indicado es aún los juicios morales, que no conducen a nada y producen un sufrimiento añadido en el ayudado. Manifestar ideas de juicio moral, especialmente de tipo religioso o político es especialmente inadecuado. Ejemplo de juicio moral:

“ Debería sentirse culpable porque sus hijos se quedarán huérfanos que por no haber dejado vd el tabaco a tiempo ”

C4.- Validar los sentimientos sin dar consuelos irreales o paternalistas

Ante una descarga emotiva de un paciente suele ser inadecuado el dar respuestas de consuelo no realistas. Por ejemplo:

“ Seguro que con esta línea de quimioterapia experimental , todo se resuelve”

Cuando este apoyo es de corte paternalista, dejamos de tratar al ayudado como persona autónoma, tratándola como un niño sin uso de razón. Este comportamiento sería por ejemplo:

“ Vd está en un hospital y lo que tiene que hacer es confiar en los médicos que sabemos lo que a vd le conviene”

C5.- Validar los sentimientos no implica necesariamente validar las ideas del ayudado

La aceptación incondicional de los sentimientos no significa darle la razón de una forma explícita al ayudado por el hecho de serlo. Una actitud pasiva en ese aspecto, aceptando ideas claramente erróneas puede ser muy perjudicial y dificulta la actitud de confrontación sana en la fase posterior de diálogo (Fase D de Chochinov).

Por ejemplo, exponemos un ejemplo en el que no se pueden validar las ideas de este paciente pero sí sus sentimientos.

Ayudado: “ El cáncer que tengo me lo ha producido los disgustos que me ha dado mi marido”.

Ayudante: “Entiendo que vd se encuentre muy afectada por su enfermedad”

El ayudante no necesita validar el resto de la frase en esta etapa. En la fase de confrontación se puede retomar, pero no ahora, especialmente si está en fase de ira.

C6 Reformular el significado personalizado del problema con su marco afectivo

El objetivo de esta fase es centrar la relación no tanto en el problema sino en la persona. Como dice el aforismo de Hipócrates, no existen enfermedades sino enfermos. Y en esta fase el paciente se debe sentir aceptado incondicionalmente . No es “ un cáncer de tal órgano” sino que es una persona X con este problema médico, que para él tiene un sentido concreto en su biografía y tiene un impacto emocional. El objetivo de la reformulación del problema y su sentido personalizado y enmarcado afectivamente es ser reconocido y valorado como una persona única.

La técnica de reformulación del significado personalizado del problema con su marco afectivo consiste en primer lugar, pues, en huir de considerar a la persona como un problema biológico. Por tanto, para que el paciente se sienta aceptado como persona significa aceptada en su estado emocional , sin entrar tanto en el análisis científico del problema dado que el mundo afectivo es más profundo que el intelectual.

Explicamos la técnica de Reformulación del significado personalizado del problema en su marco afectivo con el siguiente ejemplo:

Paciente: “ Por culpa del dolor, ahora no puedo hacer la comida a mi familia”

Médico: “ Creo que a vd le preocupa el que ya no pueda hacer la comida a su familia, ¿no es así?”

En la reformulación con marco afectivo, se han utilizado los siguientes términos

Un verbo de opinión (creer)

Ese verbo expresado en primera persona (“Creo”)

Un verbo de sentimiento (preocupar)

Ese verbo en tercera persona, personalizando el sentimiento.

Una terminación abierta

Esos elementos expresan que el médico como ayudante ha sido consciente del sentido personalizado del problema y los sentimientos personalizados que el problema causa. El devolver esta reformulación enmarcada afectivamente permite que el ayudado sea consciente de lo que le ocurre y al mismo tiempo se sienta aceptado en los sentimientos que

acaba de expresar. Al mismo tiempo, el tono empleado, por un lado el verbo de opinión y por otro la pregunta final, dejan espacio abierto para que el paciente corrija si hay algún error.

FASE D DE CHOCHINOV: TECNICAS DE DIALOGO CON AUTENTICIDAD

La tercera parte de la triada Rogeriana es la autenticidad o congruencia. Esto quiere decir que después de las dos primeras fases de empatía y aceptación incondicional de los sentimientos, el ayudado debe elaborar con la ayuda del ayudante un plan de acción para implementar sus propias potencialidades.

En la fase anterior, el ayudante se ha centrado en la reformulación, que tiene las siguientes características:

- No desdramatiza ni niega nada, ni compara, ni juzga, se limita a acoger.
- Demuestran al ayudado que entienden el malestar, su naturaleza

En resumen, el ayudado se ha sentido protagonista ya que en la relación empática hasta ahora ha sido unidireccional, de forma que el terapeuta ha dejado de lado su mundo interior y se ha centrado en el mundo del otro, comunicándole comprensión y poniéndose a sí mismo "entre paréntesis." (Rogers). Repetimos que la empatía se diferencia de la simpatía en que los dos sienten lo mismo. La empatía es unidireccional, es más, aunque el ayudante haya pasado por situaciones idénticas (si es que esto fuera posible) el ayudante las pone entre paréntesis, aunque eso le pueda ayudar a entender mejor al paciente. Solo en la fase final de la entrevista, es posible que el ayudante haga una autorevelación, si lo considera terapéutico para el ayudado.

Estos son algunos de los beneficios que el ayudado ha podido experimentar:

- Ser oído por una persona comprensiva intensifica el diálogo crítico con las propias vivencias
- El ayudado siente alivio, al exteriorizar la carga afectiva
- El clima de aceptación capacita al paciente a tener interés por sí mismo y de autoestima, favoreciendo la aceptación de sí mismo
- Favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad.

En resumen, se convierte en un terapeuta eficaz de sí mismo.

FASE D DE CHOCHINOV: RELACION DE TECNICAS DE DIALOGO (I)

En esta fase D de Chochinov o de diálogo hay dos tipos de técnicas:

- Técnicas de clarificación y confrontación
- Técnicas de detección de fines y elaboración de un plan de acción

TECNICAS DE CLARIFICACION Y CONFRONTACION

D1.- Técnicas de clarificación de problemas o sentimientos del ayudado

Después de lo anterior, la persona se siente comprendida de manera percibida como holística y aceptada. La tercera parte de la triada Rogeriana es la autenticidad o congruencia. Esto quiere decir que es necesario por un lado clarificar las posibles incongruencias detectadas en fases anteriores de escucha empática y aceptación incondicional de los sentimientos .

Esta fase de clarificación es fundamental para poder clarificar los problemas y los sentimientos si no han quedado suficientemente claros o hay incongruencias. Es necesario que el ayudante realice las preguntas de forma abierta y centradas en los sentimientos para poder personalizarlos. De esta forma pueden hacerse presentes conocimientos o sentimientos de los que el ayudado no es consciente. También ayuda a detectar necesidades no detectadas

Hay que evitar que las intervenciones del ayudante se muevan en un plano abstracto y de racionalización, separado de la experiencias y sentimientos ya expresados por el ayudado.

D2.- Valorar la necesidad de confrontar

No todos los aspectos precisan ser confrontados. Sólo aquellos más relevantes como puede ser:

- Desconocimiento (a no ser explícitamente pedido dicho desconocimiento por el paciente) o falsos conocimientos
- Una interpretación de la realidad errónea.

- Las huidas y rechazo de responsabilidad, especialmente si implican a otras personas .
- Las necesidades no reconocidas, cuya resolución es factible.
- Los sentimientos autodestructores
- Los insultos o juegos en relación interpersonal con el ayudante

- D3.- Cómo confrontar

- Confrontar vigilando los propios sentimientos . Debe estar motivada la confrontación por el deseo de ayudar y no descargar nuestras propias tensiones
- La confrontación debe ser propuesta nunca impuesta , respetando la libertad del otro
- Debe realizada en el momento oportuno
- Debe ser apropiada
- Puede no decirse toda la verdad pero nunca mentir.

Tipos de confrontación

- Confrontar al ayudado con su propia experiencia, sobre la percepción de si ahora y anteriormente
- Confrontación didáctica para presentar contenidos desconocidos. Puede usarse la técnica de generalización del tipo. “ En muchos casos... no sé si podrá ser esto lo que ocurre.”

D4.- Precaución con la autorevelación de sentimientos

La autorevelación o sea la destreza de comunicar los propios sentimientos, opiniones, experiencias o conocimientos en torno a posibles soluciones. Puede ser útil al final del encuentro. Puede ser útil pero nunca un fin en si misma. En algunos casos, el sanitario puede autorevelar sus sentimientos cuando el sanitario cree que eso es positivo para el paciente.

D5 Detectar las transferencias no favorables

Si se detecta alguna transferencia, el ayudante será claro en la relación, desenmascarando transferencias y hacerle ver al ayudado que el papel del sanitario no es el que le está atribuyendo.

D6 Precaución con el eficientismo

Ante un impacto emotivo, es importante no dar soluciones, como dar un medicamento, o pedir una nueva TAC. esto puede estar en relación con lo anterior, al haber una transferencia y considerar el ayudado que somos sus salvadores y los sanitarios caer en la contratransferencia y actuar como tales salvadores.

FASE D DE CHOCHINOV: RELACION DE TECNICAS DE DIALOGO (II)

TECNICAS DE DETECCIÓN DE FINES Y ELABORACIÓN DE PLAN DE ACCIÓN

En las fases anteriores el ayudado ha podido comprobar que es tratado como persona y no como problema médico. Las intervenciones centradas en el problema pueden ser muy “democráticas” y respetar el principio de autonomía. Sin embargo, tras informar al ayudado de las opciones que tiene para resolver el problema, desaparece el terapeuta, abandonando al paciente en su propia autonomía. Esto quedaría bien ejemplificado en la obra de Tolstoi, la Muerte de Iván Ylich, que muestra la desesperación de un hombre abandonado a la propia autonomía, en total ausencia de calor humano (19). Así, un estudio de Fang en el NEJM, muestra cómo puede haber incluso riesgo real de suicidio o muerte por eventos cardiovasculares por esta desesperación, en la persona que ha sido informada de un cáncer y ha tenido la sensación de ser abandonada (21).

En este modelo de Chochinov, sin embargo, el terapeuta se implica y se presenta no solo como proveedor de un recurso únicamente de conocimiento técnico o incluso recurso material sino como recurso relacional. Pero en esta fase D de Chochinov, este recurso relacional que es el terapeuta, no va a tener una actitud directiva sino dialogante, con técnicas de diálogo en el que la persona descubre sus propios recursos para utilizarlos en su propia maduración, promoviendo el cambio y su desarrollo individual. Sería utilizar una técnica mayéutica de Sócrates en la que la persona va descubriendo sus recursos dentro de ella. Es un paso más que estar centrado en el problema, donde podemos ser más directivos o paternalistas. Sería el mal llamado “modelo misionero” que acontece si excluimos a la persona de su propia curación. El estilo óptimo es el mayéutico en que el

paciente va descubriendo dentro de sí los recursos que él mismo tiene y que vamos facilitando que él encuentre dentro de sí. Frankl lo expresa de una forma magistral “Mediante el amor, la persona que ama al amado, posibilita que este manifieste sus potencias”(21).

D7 Dialogar sobre los fines de la intervención

Es necesario preguntar al ayudado sobre lo que espera de la intervención con nosotros como ayudantes. Algunos fines pueden ser:

- Eliminar un sufrimiento innecesario por el propio límite, por su interpretación o sentimientos, especialmente conflictos consigo mismo, ayudando a pacificarse consigo
- Mitigar el dolor inevitable
- Asumir el sufrimiento que o se puede superar conscientes que el asumirla es el inicio de armonía perdida. La realidad es menos hiriente del concepto que tenemos de ella o de los prejuicios. Eludir la realidad impide el crecimiento y bloquea a la persona
- Afirmarse por encima de lo negativo y de la finitud de la propia historia.

D8 Consensuar un plan de acción con el ayudado

Ya hemos dicho que no basta con una intervención centrada en la persona y no en el problema , pero al mismo tiempo debe evitar el dar soluciones que no vendrían del interior del ayudado. Por eso el ayudante debe:

- Sugerir soluciones adecuadas, en relación con las experiencias y sentimientos ya expresados por el ayudado.
- Evitar que sus intervenciones como ayudante se muevan en un plano abstracto y de racionalización
- El ayudante debe considerar las diferentes alternativas en un problema concreto expresado por el ayudado con su dimensión afectiva (lo otro sería actitud democrática en la que el ayudante no se implica). Consideración de las ventajas e inconvenientes a corto y largo plazo de cada una de ellas.
- El ayudante deberá sugerir un plan de acción coherente con las habilidades del ayudado. Dicho plan debe tener los siguientes elementos:

Objetivo general

Objetivos específicos

Recursos disponibles

Plazos concretos

D9.- El ayudante debe monitorizar la implementación del plan de acción

Dicho plan debe producir un cambio por parte de la persona ayudada, que va descubriendo los recursos externos y especialmente los internos para afrontar la dificultad o aceptarla. El ayudante debe verificar el plan de acción se cumple . En muchos casos el plan de acción no es mas que la necesidad de ser acompañado en su proceso hasta el fin.

D10.- El ayudante debe “resetearse” para poder atender al siguiente paciente

El esfuerzo intelectual y afectivo de atender a un paciente es continuo dado que en una jornada laboral, se realizan varias intervenciones con otros tantos pacientes, y con todos ellos hay que mantener la calidad humana y profesional para ser no solo un proveedor de recursos materiales y conocimientos técnicos, sino, ante todo un recurso relacional. Porque como dice el proverbio africano, solo un hombre es medicina para otro hombre. Pero para eso, es necesario que el sanitario, esté en óptimas condiciones de nuevo. A esto es lo que llamo “resetearse” que podríamos traducir como fase E de Chochinov, que caso de existir (es una liberalidad de alumno) sería la fase E de “Exit” o sea, de salida para comenzar de nuevo la fase A de actitud empática con el siguiente paciente.

BREVE CONCLUSION

En este trabajo de Fin de Experto, se ha reflexionado sobre algunas técnicas utilizadas en la relación con el paciente, y se han situado en el marco conceptual clásico de la Relación de Ayuda Rogeriana, estableciendo concordancias con la relación médico paciente de Harvey Chochinov, que son más específicas sobre la práctica médica, especialmente en Medicina Interna y Cuidados Paliativos.

Este trabajo tiene un componente eminentemente práctico, fruto de la experiencia del autor, facilitando una serie de técnicas, distribuidas según las fases de Chochinov A, B, C, D. Este método es utilizado por el que suscribe en la docencia de la especialidad de Medicina Interna, de la que es tutor en el Hospital Universitario de Ceuta. El objetivo no es otro de proponer a los médicos residentes una visión del paciente como alguien que debe ser tratado con dignidad, y se facilitan unas técnicas concretas para que el paciente realmente se sienta como el protagonista de su proceso curativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puchalski C, Ferrel B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care : the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009; 12 (10) 885-904.
- 2.- Holloway M, Adamson S, Mc Sherry W et al. *Spiritual Care at the end of life: a systematic review of the literature*. London:Department of Health; 2010.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_12381
- 3.- Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med* 2010; 24 (8): 753-770.
- 4.- Chochinov HM. Dignity conversion care : A new model for palliative care. *JAMA* 2002 ; 287 : 2253-2260.
- 5.- Hergt K . *Empathy as a Universal Approach to Personal and Cultural Relationships*. American Academy of Hospice and Palliative Care 2010; 8(2)1-2.
- 6.- Bermejo JC . *Empatía terapéutica*. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2012. 213 p.
- 7.- Bermejo JC . *Introducción al Counselling*. Santander: Sal Terrae, 2011.
- 8.- Saunders C . *Spiritual Pain*. *Journal of Palliative Care* 1988 ;4:4:29-32.
- 9.- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. *Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life*. *JCO* 2005; 23(24): 5520-5525
- 10.- Coleman, D. *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós; 1996, p 418.

- 11.- Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007; 335 (7612): 184–187.
- 12.- Puchalski C, Roemer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000;2 :129-137.
- 13.- Bohart A, Greenger L . Empathy reconsidered. Washington: APA; 1997. p. 221.
- 14.- Stewart J. Bridges not walls: a book about interpersonal communication. New York, US: McGrawHill, 1990.
- 15.- Lapierre D. Mas grandes que el amor. Barcelona: Seix Barral ; 1990 p 312.
- 16.- Stein E. La struttura della persona umana. Roma: Città Nuova Editrice ; 2000.
- 17.- Stein E. Natura, persona, mística. Roma: Città Nuova Editrice; 1997.
- 18.- Tolstoi L. The death of Ivan Ilyich. London: Vintage Books; 2010. 120 p.
- 19.- Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, Valdimarsdóttir U (2012). Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366:1310-1318.
- 20.- Frankl V. El hombre en busca de un sentido. Barcelona: Paidós; 1999 p 110.

INDICE

OBJETIVO DEL TRABAJO	PAG. 3.
EL MÉDICO COMO RECURSO RELACIONAL	PÁG. 4.
LA MEDICINA COMO RELACIÓN DE AYUDA	PÁG. 6.
INSTRUMENTOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA	PÁG. 9.
FASES DE CHOCHINOV E INSTRUMENTOS DE LA RELACION DE AYUDA	PÁG. 11.
FASE A DE CHOCHINOV	PÁG. 13.
FASE B DE CHOCHINOV	PÁG. 15.
FASE C DE CHOCHINOV	PÁG. 22.
FASE D DE CHOCHINOV	PÁG. 26.
BREVE CONCLUSIÓN	PÁG. 32.
BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 33.